

Samtyckesformulär

Fysioterapi

Företagsnamn

KUNDUPPGIFTER

Fullständigt namn

Telefonnummer

E-post

Födelsedatum

JAG BEKRÄFTAR ATT

- ☐ Jag har delat korrekt information om min hälsa och medicinering.
- ☐ Behandlingsplanen, dess förväntade fördelar och eventuella obehag förklarades för mig.
- ☐ Jag kan avbryta behandlingen när som helst.
- ☐ Jag kommer att informera terapeuten om någon förändring i mitt tillstånd.

Jag godkänner att företaget behåller informationen i detta formulär för att tillhandahålla tjänsten och så länge lagen kräver. Jag kan när som helst begära att få se, korrigera eller radera mina uppgifter.

Kundens signatur

Specialistens signatur

Datum